EXPOSÉ

DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr E. FOUCHER

Agrégé libre à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,
Membre de la Société de Chirurgie.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1866

1° CONCOURS ET NOMINATIONS.

Interne des hôpitaux (concours 1847).
Lauréat des hôpitaux (concours 1850).
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine (concours 1851).
Lauréat de la Faculté de médecine (prix Montyon, 1853).
Prosecteur de la Faculté de médecine (concours 1854).
Docteur en médecine (6 février 1854).
Agrégé à la Faculté, section de chirurgie (concours 1857).
Chirurgien du Bureau central (concours 1857).
— de l'hospice de Bicêtre (1863).
— de l'hôpital de Lourcine (1865).
— — du Midi (1865).
— — Saint-Antoine (1866).
Membre titulaire de la Société anatomique (1849).
— secrétaire de la Société anatomique (1853).
— vice-président (1854).
— honoraire (1857).
— titulaire de la Société de chirurgie (1860).
— secrétaire de la Société de chirurgie (1863).
— de la Société de médecine et de la Société des sciences médicales de Paris (1859).
— correspondant de l'Académie impériale de Rio-Janeiro (1855), de la Société médicale de Lisbonne (1856).
Chargé par arrêté ministériel et sur la présention de la Faculté du cours complémentaire sur les maladies des yeux (décembre 1865).

2° ENSEIGNEMENT.

Cours publics d'anatomie professés à l'École pratique (1850 à 1853).

Cours publics de physiologie (1851 à 1854).

Conférences expérimentales de physiologie (1853).

Cours publics et pratiques de médecine opératoire (1852 à 1855).

Cours publics de chirurgie (1855 à 1861).

Mon enseignement chirurgical, que j'ai continué pendant cinq années, a porté successivement, et à plusieurs reprises, sur toutes les questions de la pathologie externe ; la dernière année a été consacrée principalement à la description des moyens du diagnostic en chirurgie.

Suppléance de M. Jarjavay, chef des travaux anatomiques :
Cours officiel d'anatomie chirurgicale à l'École pratique (1857).

Cours complémentaire de clinique ophthalmologique :
Leçons sur les ophthalmies et les moyens d'exploration de l'œil (1866).

3° PUBLICATIONS.

1. — Études cliniques sur les maladies vénériennes chez la femme (*Union médicale*, 1848 et 1849, et broch. in-8 de 58 pages).

Ce travail a été écrit d'après l'observation de 312 malades. Après avoir cherché à établir la fréquence relative des divers accidents syphilitiques chez la femme et indiqué les divers moyens d'exploration des organes génitaux, j'ai décrit sous le titre de blennorrhagies, la vaginite, l'uréthrite, la vulvite et le catarrhe utérin : j'ai d'abord fait voir que les écoulements entraient pour une proportion énorme dans les affections génitales de la femme, et que ceux qui ont leur source dans l'utérus sont les plus fréquents, tandis qu'il est très-rare de rencontrer l'inflammation de l'urèthre; dans aucun cas, je n'ai observé l'uréthrite sans vaginite. Indiquant ensuite les caractères différentiels des diverses sécrétions vaginale, utérine et uréthrale, je me suis appliqué à démontrer que, si les écoulements vaginaux et utérins sont contagieux, ils ne sont pas virulents. La question du traitement a été envisagée à un point de vue encore neuf à cette époque, en ce sens que j'ai montré l'efficacité non douteuse des injections-douches avec l'eau chlorurée, lancées avec force sur le col utérin et sur les parois du vagin. Un tableau statistique établit que le catarrhe utérin en particulier guérit beaucoup plus rapidement par la cautérisation aidée des injections-douches que par la cautérisation seule. J'ai classé les rougeurs et les ulcérations du col utérin de la façon suivante : 1° Rougeur inflammatoire franche; 2° rougeur en plaques; 3° rougeur granulée; 4° ulcérations superficielles, érosions; 5° ulcérations granuleuses; 6° ulcérations diphthéritiques; 7° ulcérations vénériennes, chancres du col : il m'a été facile d'indiquer la fréquence relative de ces diverses lésions et leur siége le plus ordinaire.

J'ai pu reconnaître et démontrer que, comme l'a soutenu M. Velpeau, la maladie désignée sous le nom d'*engorgement du col* est relativement rare, si, au lieu de tenir compte seulement d'une augmentation de volume, on a égard à la consistance du col et à ses changements de direction; enfin, sans pouvoir adopter complétement les conclusions du mémoire de M. Gosselin (*Arch. med.*, 1843),

à savoir que le catarrhe précède l'engorgement qui lui-même précède l'ulcération, je me suis assuré que le catarrhe utérin était la cause la plus ordinaire des ulcérations du col.

Le chancre m'a paru un accident beaucoup plus fréquent chez la femme qu'on a coutume de le dire ; cela tient à ce que les femmes que j'ai observées, soumises à de fréquentes visites, étaient conduites à l'hôpital aussitôt qu'elles étaient contaminées. J'ai établi que le siége le plus fréquent du chancre était la fosse naviculaire. J'ai plus particulièrement décrit deux variétés de chancres bénins (ou mous) : le chancre superficiel et le chancre folliculaire ; ce dernier a dû être, de ma part, l'objet d'une étude spéciale, parce qu'il est fréquent chez la femme et que l'on peut facilement le confondre avec une papule muqueuse ulcérée, en raison même de son aspect et de sa multiplicité ; j'en ai décrit les caractères différentiels. Parmi les autres variétés de chancres, j'ai surtout rencontré le chancre phagédénique soit térébrant, soit serpigineux. Le chancre induré est rare chez la femme ; il en est de même du bubon inguinal que je n'ai rencontré que six fois sur 90 cas de chancres.

La manifestation la plus fréquente de la vérole chez la femme est sans contredit la papule muqueuse. j'ai donc pu l'étudier sous le rapport du nombre, du siége, de la forme, de l'aspect, et j'étais arrivé à admettre que les plaques muqueuses sont contagieuses. Quant au traitement, j'ai cherché à montrer, comme cela est accepté aujourd'hui, que le traitement mercuriel n'est pas indiqué dans les cas de chancres bénins (mous), et que son emploi doit être réservé pour le cas de chancre induré ou de toute autre manifestation constitutionnelle.

2. — Notes sur les polypes du larynx (*Union médicale,* 1849).

J'ai appelé l'attention, dans cette note, sur une variété de polype du larynx dont je ne connaissais aucun autre exemple. Il s'agit d'un polype lipomateux implanté sur les cartilages aryténoïdes et enlevé au moyen d'un procédé très ingénieux par M. Laugier, à l'hôpital de la Pitié.

3. — Gangrène spontanée de toute la jambe (*Bull. Soc. anat.*, (1849).

Observation offrant un bel exemple de gangrène très-étendue des extrémités. Le malade ayant succombé, je me suis livré à une étude complète des lésions

anatomiques. Cette maladie, assez bien connue aujourd'hui, n'était pas à beaucoup près aussi bien étudiée en 1849. Le fait présent apportait à l'histoire de la maladie des documents précieux.

4. — Altération remarquable des os du crâne (*Bull. Soc. anat.*, 1849).

Il s'agit d'un malade mort à la suite d'une fracture compliquée de l'humérus et chez lequel le crâne offrait de curieuses particularités. La surface externe, rugueuse, était dépourvue de la lame compacte. La face interne présentait des mamelons irréguliers faisant saillie à l'intérieur. L'épaisseur des os était considérablement augmentée et atteignait jusqu'à 3 centimètres; ils offraient si peu de consistance que le scapel les traversait facilement. Les sutures avaient disparu, et le crâne semblait formé d'un seul os. Tous les trous de la base étaient parfaitement conservés.

5. — Observation de fracture du crâne (*Bull. Soc. anat.*, 1849).

L'étude des lésions anatomiques chez un enfant atteint de fracture du crâne vient à l'appui de l'opinion qui veut que l'écoulement de sérosité dans ces fractures ait sa source dans le liquide céphalo-rachidien. Le malade n'avait pas présenté d'écoulement par l'oreille, et les membranes étaient intactes au niveau du rocher; l'écoulement séreux avait eu lieu par l'ouverture du frontal, et les membranes étaient déchirées en ce point. Comme particularité intéressante, nous avons noté l'écartement des os maxillaires supérieurs, celui des sutures de l'os malaire et du maxillaire supérieur, fait excessivement rare.

6. — Examen d'une tumeur de la parotide (*Bull. Soc. anat.*, 1850).

Cette tumeur, de nature cancéreuse, avait envahi le maxillaire inférieur et exigea l'ablation de la moitié de cet os, qui fut faite de la façon la plus hardie par M. Velpeau.

7. — Disjonction des sutures sagittale et lambdoïde (*Bull. Soc. anat.*, 1850).

Dans ce cas, la disjonction des sutures s'accompagne d'une fracture médiane du coronal s'étendant jusqu'à l'ethmoïde, fait d'autant plus rare qu'il n'y avait aucune fracture à la base.

8. — Fractures multiples du crâne, de la jambe et de la cuisse (*Bull. Soc. anat.*, 1850).

9. — Description d'un cas d'hypertrophie du membre thoracique (*Bull. Soc. anat.*, 1850).

Le membre thoracique gauche était beaucoup plus volumineux que le droit, et l'augmentation de volume portait sur les muscles et les os; le membre abdominal gauche était aussi plus volumineux que le droit, mais ici l'augmentation de volume tenait à l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire.

10. — Note sur un cas de fracture du col du fémur par pénétration (*Bull. Soc. anat.,* 1850).

Très-bel exemple de fracture du col par pénétration, résultant d'une chute sur le trochanter, et qui, après deux mois, était réunie par un cal fibreux dans sa partie supérieure, et n'offrait aucune trace de consolidation dans sa partie inférieure.

11. — Description d'une tumeur de la partie postérieure de la cuisse (*Bull. Soc. anat.*, 1850).

Il s'agit d'un énorme cancer colloïde occupant l'espace compris entre les muscles demi-tendineux et demi-membraneux et ayant aplati le nerf sciatique. L'ablation fut pratiquée par M. Velpeau.

12. — Mémoire sur la guérison du farcin chronique, en collaboboration avec M. le Dr A. Richard (*Archives générales de médecine*, 1851).

Ayant eu l'occasion de suivre dans tous ses détails l'observation d'un malade soigné dans le service de M. le professeur Velpeau, nous avons voulu faire ressortir les principales particularités que ce fait présentait. Ainsi, au point de vue de l'étiologie, il nous a été impossible d'apprendre que le malade ait eu le moindre contact avec des chevaux, ce qui semblerait impliquer un développement spontané que nous n'avons pas cependant cru devoir admettre. La conservation parfaite de la santé, pendant la durée des abcès et avant leur formation, est une circonstance exceptionnelle que nous avons notée. Nous avons eu le soin d'inoculer à un cheval le pus de l'un des abcès multiples que nous observâmes successivement chez notre malade, et, l'inoculation ayant été positive, le diagnostic fut certain. La guérison survenue dans ce cas est tout à fait exceptionnelle, puisque bon nombre de médecins ont admis que le pronostic de l'affection farcineuse chez l'homme était fatalement mortel.

13. — Note sur le mécanisme des fractures de la mâchoire inférieure (*Union médicale*, 1851).

Dans cette note j'ai établi, en me basant sur des observations, sur des expériences et sur des dissections, qu'il est inexact d'attribuer à l'action musculaire, comme l'ont fait J.-L. Petit et Boyer, le déplacement des fragments dans ces fractures. Il me suffit, pour donner l'idée de ce travail, de citer ce qu'ont écrit les auteurs du *Compendium de chirurgie*, qui en ont accepté les conclusions :

« Si l'on examine, disent MM. Denonvilliers et Gosselin, la disposition des muscles insérés à la mâchoire inférieure, on trouve que l'un des fragments au moins (le plus long) a toujours des élévateurs et des abaisseurs insérés sur lui ; on ne voit donc pas pourquoi il serait plutôt abaissé qu'élevé, et l'on arrive à partager cette opinion émise par M. Foucher (*Union médicale*, 1851) : 1° que, quand la fracture est sans déplacement, les muscles contribuent à maintenir les fragments en rapport ; 2° que, s'il y a un déplacement, c'est la direction de la fracture et celle de la violence qui en commandent le sens ; 3° que l'action musculaire n'agit sur le déplacement qu'en le maintenant tel que l'ont produit les dernières causes. » (*Comp. de chir.*, t. III, p. 392.)

14. — Observation suivie de remarques sur la luxation traumatique du sacrum (*Rev. médico-chirurg.*, t. IV, 1851).

Très-bel exemple de luxation en avant du sacrum, avec une description complète du déplacement et de ses caractères cliniques. Ce cas m'a permis de rechercher les faits très-rares de luxation traumatique du sacrum, de les discuter et d'apprécier la valeur de chacun d'eux. La pièce anatomique, déposée au musée Dupuytren, a été dessinée par Malgaigne dans son atlas (pl. 18, fig. 5).

15. — Note sur un sac herniaire ombilical (*Bull. Soc. anat.* 1851).

Cette note est intéressante en ce qu'elle est relative à une malade atteinte de péritonite et présentant en même temps dans la région ombilicale une tumeur irréductible. On pouvait croire à une hernie ombilicale étranglée. M. Velpeau qui observait la malade ne s'y trompa pas; en effet, à l'autopsie, on trouva que la tumeur ombilicale était formée par un sac herniaire oblitéré à son collet et rempli de sérosité.

16. — Fracture de deux malléoles incomplétement consolidées (*Bull. Soc. anat.*, 1851).

Intéressant exemple des lésions multiples qui suivent les traumatismes du cou-de-pied.

17. — Note relative à un cas de rupture de l'urèthre (*Bull. soc. anat.*, 1851).

Un homme, atteint de rétention d'urine, chez lequel cependant le cathétérisme était facile, présente les symptômes de la péritonite et meurt; on trouve une rupture complète de la partie spongieuse de l'urèthre. Fait étrange qui ne peut guère s'expliquer qu'en supposant quelques tentatives de cathétérisme de la part du malade.

18. — Tumeur fibreuse de l'utérus avec concrétions calcaires *Bull. soc. anat.*, 1851).

Il s'agit d'une malade qui rendait de temps à autre par le vagin des concrétions calcaires et chez laquelle la cavité vaginale était remplie par une tumeur offrant une ouverture dans laquelle le doigt pénétrait facilement, et qui pouvait représenter le museau de tanche, de telle sorte que la tumeur qui était de nature fibreuse avait pu être prise pour l'utérus. A l'autopsie, on trouva la tumeur surmontée par l'utérus et creusée à son centre d'une cavité remplie de concrétions calcaires. Ce fait est intéressant en ce qu'il donne l'explication de certains cas décrits sous le nom de *pierres de la matrice.*

19. — Compte rendu des faits observés à la Clinique chirurgicale de la Charité, en 1850 (*Union médicale*, 1851).

Ce compte rendu comprend dix articles dans lesquels sont publiées en collaboration avec Béraud les leçons du professeur Velpeau sur les collections séreuses, le traitement de l'hydarthrose par les injections iodées. la pseudarthrose, les tumeurs du testicule, l'angioleucite et l'érysipèle, les ophthalmies, les phlegmons de la main et les recherches que Béraud et moi avons instituées pour démontrer jusqu'à quelle profondeur on pouvait produire l'insensibilité des tissus par l'application d'un mélange réfrigérant. Les résultats de nos expériences ont porté M. Velpeau à penser que peut-être on pourrait arriver, par ce moyen, à mortifier certaines tumeurs (*Traité des mal. du sein*, p. 640).

20. — Des déformations de la pupille, de leurs diverses causes et de leur valeur symptomatologique (*Revue médico-chirur.*, 1851, t. XII et broch. gr. in-8).

J'ai eu pour but dans ce mémoire de démontrer que, si les déformations de la pupille présentent des aspects divers, il était presque toujours possible d'en trouver la raison dans une condition anatomique locale. Avant d'étudier les déformations pupillaires, j'ai voulu donner quelques détails préliminaires sur la position et la forme normales de la pupille, et j'ai consigné dans autant de tableaux les résultats de mes recherches; ces résultats ont été reproduits et acceptés par Malgaigne dans la 2ᵉ édition de son Anatomie chirurgicale.

J'ai classé les déformations pupillaires de la façon suivante : Déformations : 1° inflammatoires actuelles, 2° inflammatoires consécutives, adhérences, produits plastiques, 3° par déplacement, 4° par solution de continuité, 5° par pression, 6° sympathiques.

Les déformations inflammatoires proprement dites ou plutôt congestives, pouvant varier d'un moment à l'autre, ne sauraient être attribuées à une cause permanente; c'est ce qui m'a conduit à les expliquer par la localisation de l'inflammation dans certains points de l'iris, la pupille est tirée vers le point le plus enflammé. Rien n'autorise à admettre que les variétés des déformations pupillaires sont sous la dépendance des états diathésiques, ainsi que l'avait prétendu l'école de Beer. J'ai dû, pour expliquer les déformations pupillaires, rappeler la structure de l'iris, telle que me l'ont montrée mes recherches sur l'iris du bœuf.

Les déformations inflammatoires consécutives comprennent celles qui sont la conséquence d'adhérences, de dépôts plastiques, et elles affectent une forme qui n'a rien de déterminé, elles ne sont pas variables, mais elles peuvent s'exagérer ou s'amoindrir par certains mouvements de l'iris.

Les déformations par déplacement sont celles qui succèdent aux prolapsus de l'iris et à certaines opérations, tandis que celles par solution de continuité sont souvent la conséquence d'un traumatisme ou encore d'une opération (iridectomie). Les déformations sympathiques de la pupille m'ont paru se produire sous la dépendance d'une simple action nerveuse. Pour le démontrer, j'ai institué des expériences sur des lapins, et j'ai vu que la section du nerf vague et du grand sympathique au cou produisait le resserrement et l'allongement de la pupille, que la section du ganglion cervical supérieur entraîne le resserrement de la pupille et aussi son allongement, mais en sens opposé; qu'enfin la section du nerf vague donne encore un résultat inverse. D'où j'ai conclu que les filets du nerf vague et ceux du grand sympathique ne se répartissent pas également dans les divers points de l'iris.

Enfin j'arrive aux conclusions suivantes :

1° La pupille, à l'état normal, a, le plus souvent, une forme circulaire et occupe le centre de l'iris; mais fréquemment elle présente un grand diamètre oblique en bas et en dehors, et est reportée en haut et en dedans.

2° Les déformation de la pupille peuvent tenir : *a*, à une congestion du tissu de l'iris comme dans l'iritis aiguë, et elles n'indiquent nullement que la maladie a une cause spécifique ; *b*, à des produits plastiques, des végétations du bord pupillaire, comme dans certaines iritis syphilitiques ; *c*, à des pseudo-membranes, des adhérences, comme dans l'iritis chronique ; *d*, à un déplace-

ment de l'iris ; *e*, à une solution de continuité de l'iris ; *f*, à une influence nerveuse, comme le prouvent mes expériences sur les lapins ; *g*, à une pression du globe oculaire de dedans en dehors ou de dehors en dedans.

21. — Considérations sur le mécanisme de la fracture de l'extrémité inférieure du radius (*Bull. Soc. anat.*, 1852).

J'ai démontré dans ce travail que la pénétration du fragment supérieur dans l'inférieur était plus rare qu'on ne le croit généralement ; que le fragment inférieur, détaché par une sorte d'arrachement, éprouve un mouvement de bascule qui porte en arrière son extrémité articulaire et entraîne le poignet dans le même sens. C'est ce mouvement de bascule qui constitue tout le déplacement, et, en partant de là, il est facile de se rendre compte de la déformation du poignet, sans être obligé d'admettre que le fragment inférieur a été totalement rejeté en arrière. Les pièces anatomiques que j'ai étudiées depuis 1852 m'ont confirmé dans l'opinion exprimée dans ce travail.

22. — Fracture ancienne de l'extrémité inférieure du radius (*Bull. Soc. Anat.*, 1852).

Pas de pénétration, consolidation ; la déformation persiste, l'inclinaison en arrière de l'extrémité inférieure de l'os est évidente.

23. — Description d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

24. — Fracture ancienne de l'extrémité inférieure du radius (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

Tous ces faits, étudiés et décrits avec soin, viennent à l'appui des opinions émises dans mon mémoire.

25. — Recherches sur l'anatomie pathologique de la périostite et de l'ostéomyélite (*Bull. Soc. anat.* ; *passim* 1851 à 1855).

26.— Relation de trois cas de fractures par des armes à feu avec ostéomyélite (*Bull. Soc. anat.*, 1851).

L'étude de ces trois faits éclaire l'histoire de l'ostéomyélite à son premier degré.

27. — Ostéomyélite suppurée du doigt indicateur (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

28. — Description d'un tibia offrant toutes les lésions de l'ostéomyélite et de l'ostéite à leurs divers degrés (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

29. — Recherches sur la périostite et l'anatomie pathologique de l'ostéomyélite (Mémoire in-4, couronné par la Faculté de médecine, 1853).

30. — Considérations sur l'ostéomyélite à propos d'une communication de M. J. Roux à l'Académie de médecine (*Mon. des hôpit.* 1860).

Mes recherches sur l'ostéomyélite et sur la périostite datent de 1851, et, depuis cette époque jusqu'à 1856, je n'ai cessé de communiquer à la Société anatomique les pièces relatives aux divers points qui se rattachent à ces questions. J'eus vers la même époque (1852) des occasions fréquentes d'étudier les caractères cliniques de l'inflammation des os. J'ai consigné les résultats de mes recherches d'abord dans un long mémoire avec planches, couronné en 1853 par la Faculté de médecine, et plus tard, en 1860, dans une série d'articles insérés dans le *Moniteur des hôpitaux.* Je dois faire remarquer qu'à cette date de 1853, malgré les intéressants travaux de Gerdy sur l'ostéite, beaucoup de points restaient obscurs dans cette question de l'inflammation des os, et j'ai la conviction que mes recherches ont contribué à les éclairer.

Les connexions anatomiques et fonctionnelles du tissu médullaire et du périoste avec le tissu osseux proprement dit sont si intimes, que, de tout temps,

la difficulté a été d'isoler les lésions appartenant aux uns et aux autres. Voilà pourquoi on avait tout confondu sous le nom d'*ostéite.*

Après avoir étudié le périoste et le tissu médullaire au point de vue anatomique et physiologique, j'ai pris pour point de départ de mes recherches anatomo-pathologiques les phénomènes de la formation du cal et de la reproduction des os après la nécrose, tels qu'on les observe dans les expériences sur les animaux et dans les faits cliniques. J'ai pu dès lors décrire avec soin les caractères anatomiques de la périostite, qui revêt deux formes ou plutôt deux degrés, selon qu'elle est plastique, ossifiante ou suppurative.

L'ostéomyélite m'a paru comporter trois degrés : le premier caractérisé par la rougeur, le deuxième par l'exsudation, et le troisième par la teinte grise qui indique la suppuration. Me basant ensuite sur de nombreuses observations cliniques, j'ai indiqué les symptômes qui caractérisent la périostite et l'ostéomyélite, soit aiguës, soit chroniques. J'ai aussi porté mon attention sur l'étiologie et la thérapeutique de ces inflammations, dont j'ai étudié la marche dans toutes les régions. C'est ainsi que je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le périoste joue un rôle important dans la formation du cal et dans la reproduction des os après la nécrose, sans que cependant sa présence soit absolument nécessaire.

2° L'inflammation du périoste peut être primitive, indépendante de toute phlegmasie des parties molles ou des os ; cependant elle est le plus souvent consécutive.

3° La périostite se présente sous deux formes ou plutôt à deux degrés : la périostite plastique, qu'on pourrait appeler ossifiante, et la périostite suppurative.

4° Toutes les causes d'inflammation du périoste peuvent produire ces deux degrés ; cependant la périostite syphilitique tend à rester plastique, celle de cause traumatique à suppurer.

5° La périostite syphilitique peut suppurer, mais elle a une tendance spéciale à la suppuration gommeuse.

6° Sous le rapport de la marche, la périostite est aiguë ou chronique, circonscrite ou diffuse.

7° La suppuration du périoste et le contact des os avec le pus ne sont pas une cause nécessaire de nécrose.

8° La périostite plastique chronique produit à la surface de l'os des stalactites que l'on désigne sous le nom d'ostéophytes.

9° Les ostéophytes varient de forme, de volume, de structure, et ces variétés sont déterminées par le siége et la nature de l'affection.

10° Étant donné un os muni d'ostéophytes, on peut dire, d'après la forme de celles-ci et en tenant compte de leur siége, à quel genre de lésions elles doivent leur origine, ostéite, nécrose, périostite, tumeur fibro-plastique ou cancéreuse.

11° Les ostéophytes périostales suivent, en général, la direction des insertions des ligaments ou des tendons; elles sont saillantes dans ces points et aplaties dans ceux où il ne s'insère ni muscle, ni ligament. Les ostéophytes entourant les séquestres sont mamelonées, celles d'origine syphilitique sont généralement étalées et plus régulières.

12° Les causes de l'ostéomyélite sont, en général, les mêmes que celles de la périostite.

13° Le premier degré de l'ostéomyélite se caractérise par l'injection, la rougeur du tissu et la diminution de l'élément graisseux; le deuxième degré, qui souvent manque, par l'exsudation plastique; le troisième degré, par l'infiltration ou les collections de pus.

14° Les abcès médullaires sont souvent pris pour des foyers tuberculeux.

15° La fréquence relative des causes de la périostite varie avec les diverses régions; ainsi la périostite crânienne est la plus souvent syphilitique ou traumatique, celle des maxillaires est une conséquence de la carie dentaire, celle des membres est traumatique ou rhumatismale ou syphilitique. Le panaris périotique a quelquefois une marche gangréneuse aiguë et grave.

16° L'ostéomyélite des os longs s'accompagne souvent de périostite, sans que la relation inverse soit aussi fréquente, et le décollement du périoste est ordinairement l'indice de la suppuration médullaire.

Dans mes articles insérés au *Moniteur des hôpitaux*, je me suis surtout appliqué à faire ressortir les points de contact et les points de différence qui existent entre l'ostéite, l'ostéomyélite et la périostite. En tenant compte de l'activité fonctionnelle de chacun des éléments de l'os, j'ai été amené à considérer l'ostéite proprement dite comme étant toujours consécutive soit à la périostite soit à l'ostéomyélite, et j'ai indiqué que l'inflammation passe rapidement de l'un des éléments de l'os aux autres, ce qui constitue la périostéomyélite. La teinte rouge de la moelle avec ramollissement n'est pas complétement caractéristique de l'inflammation, cet état peut être la conséquence d'une simple lésion de nutrition. La teinte grise indique l'infiltration purulente. L'ostéomyélite aiguë devient rapidement suppurative, donne lieu à des collections purulentes et s'accompagne souvent d'abcès sous-périostiques. L'ostéomyélite chronique présente à la fois l'infiltration plastique, les dépôts osseux, l'infiltration purulente, les collections de pus. L'ostéomyélite plastique ou ossifiante entoure souvent et limite l'ostéomyélite suppurative.

31. — Corps étrangers ou productions mobiles osseuses de l'articulation coxo-fémorale (*Bull. Soc. anat.*, 1852).

Dans mes recherches sur les productions mobiles articulaires qui sont nombreuses et qui ont été presque toutes communiquées à la Société anatomique, j'ai eu pour but de démontrer que la formation de ces concrétions ostéo-cartilagineuses ne pouvait s'expliquer ni par l'organisation d'une collection de sang, ni par une fracture. Rencontrant ces corps mobiles dans les articulations affectées d'arthrite chronique, il était facile de rattacher leur production à une exsudation plastique fournie par la synoviale. J'ai fait voir qu'au point de vue clinique, les corps étrangers les plus mobiles deviennent fixes dans certaines positions bien déterminées du membre. Cette fixité est due à la pression que les ligaments exercent sur eux. Enfin, j'ai démontré que ce genre de lésion est plus fréquent qu'on ne le croit généralement, et j'ai décrit plusieurs faits remarquables par la quantité et le volume des corps étrangers contenus dans une seule articulation. Il en est ainsi pour le coude, la hanche et le genou. — Morel-Lavallée dans sa thèse d'agrégation (1853) a utilisé mes recherches.

32. — Corps étrangers de l'articulation du genou (*Bull. Soc. anat.*, 1852).

Tenant à la rotule, ils pouvaient être pris pour des fragments de cet os; un examen attentif démontrait que la rotule était parfaitement intacte.

33. — Tumeur érectile du doigt (*Bull. Soc. anat.*, 1852).

34. — Pseudarthrose de l'humérus (*Bull. Soc. anat.*, 1852).

La non-consolidation relativement fréquente des fractures de l'humérus est un fait connu, cependant le fait que je décris a son importance parce que tous les moyens chirurgicaux employés pendant longtemps n'avaient abouti qu'à produire une réunion par une bandelette fibreuse.

35. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, année 1853, rédigé par M. Foucher, secrétaire de la Société.

36. — Compte-rendu des travaux de la Société anatomique, dans la séance solennelle du 30 avril 1853.

37. — Note sur le canal thoracique et la veine lymphatique droite (*Mon. des hôpit.*, 1853).

Dans cette note, j'ai utilisé les recherches que me fit faire la préparation de pièces anatomiques pour un concours de prosectorat. J'ai étudié la disposition du canal thoracique sur 24 sujets, ce qui m'a permis de décrire un grand nombre de variétés portant à la fois sur l'origine, sur le trajet et sur le mode de terminaison du canal. J'ai aussi indiqué minutieusement les dispositions les plus fréquentes de la veine lymphatique droite. Toutes ces descriptions ont été faites avec les pièces sous les yeux et offrent par conséquent de grandes garanties d'exactitude.

38. — Observation d'un lipome très-volumineux, pédiculé, inséré dans la région coccygienne et servant de siége au malade (*Bull. Soc. anat.*, 1853).

39. — Description de plusieurs articulations atteintes d'arthrite sèche et de corps étrangers : genou, coude, hanche (*Bull. Soc. anat.*, 1853).

L'histoire anatomo-pathologique de l'arthrite chronique sèche a été constituée tout entière à la Société anatomique grâce aux recherches de Deville, Broca, Verneuil et aux miennes. J'ai, en effet, eu souvent l'occasion de décrire des articulations qui présentaient les lésions caractéristiques de cette maladie; l'injection des franges synoviales, l'usure des cartilages, les ostéophytes, les corps étrangers ostéo-cartilagineux, s'y rencontraient à des degrés divers, de manière à faire suivre pas à pas l'évolution de la maladie.

40. — Note sur le mode d'implantation des polypes fibreux de l'utérus (*Bull. Soc. anat.*, 1853).

41. — Communications diverses relatives aux kystes du jarret (*Bull. Soc. anat.*, 1853).

42. — Lettre au professeur Malgaigne sur les kystes du jarret (*Rev. méd.-chirurg.*, t. XV, 1854).

Je décris dans cette lettre la disposition des synoviales tendineuses du creux poplité et j'établis par des recherches anatomo-pathologiques que leur hydropisie est fréquente, et qu'elle constitue une variété des kystes de cette région.

43. — Études sur les veines du cou et de la tête (thèse inaugurale. Paris, 1854).

Dans cette thèse, j'ai décrit complétement et dans tous leurs détails le trajet, les rapports, les divisions des veines du cou et de la tête tels que me les avaient montrés de nombreuses dissections et les pièces anatomiques déposées et conservées au musée Orfila. Une des particularités les plus intéressantes que présente le système veineux du cou et de la tête, consiste dans l'infinité de variétés des troncs et des rameaux veineux; j'ai indiqué ces variétés avec d'autant plus de soin que leur connaissance est féconde en déductions pratiques. Passant ensuite à des aperçus physiologiques et prenant en considération la richesse et le nombre des plexus veineux et la façon dont ils sont groupés, je cherche à établir que le système veineux céphalo-cervical considéré dans son ensemble forme deux groupes dont la disposition anatomique et la fonction sont différentes; l'un, antérieur, comprenant les troncs et rameaux veineux de la face et de la partie antérieure du cou, et qui est parcouru par le courant sanguin centripète; l'autre, postérieur, comprenant les riches et larges plexus profonds de la face et de la nuque, qui, bridés par les plans aponévrotiques, peuvent rester béants, de sorte qu'on peut les envisager comme de larges réservoirs veineux servant de trop plein à la circulation intra-crânienne.

44. — Description des kystes synoviaux de la main et des doigts (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

45. — Note sur l'éburnation des os rachitiques en voie de guérison (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

46. — Observation de dilatation variqueuse d'une branche anastomotique entre la veine saphène interne et la fémorale formant une tumeur ayant quelque analogie avec un anévrysme (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

47. — Observation de hernie ombilicale (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

Cette hernie occupait l'anneau ombilical lui-même, contrairement à l'opinion de J.-L. Petit et de Scarpa, qui veulent que ces hernies aient lieu par une éraillure de la ligne blanche.

48.— Note sur un corps étranger (balle) ayant séjourné pendant plusieurs années dans l'épaisseur du ligament interosseux de la jambe (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

49. — Description d'une anomalie des reins soudés par leur extrémité supérieure (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

50. — Note détaillée sur les corps étrangers articulaires et leur mode de formation (*Bull. Soc. anat.*, 1854).

Avec une série de pièces montrant les corps étrangers à leurs divers degrés de développement. Cette note démontre de la façon la plus évidente que les corps étrangers prennent leur origine dans la synoviale; souvent on les rencontre avec les divers degrés de l'arthrite sèche depuis la simple injection des franges synoviales jusqu'à l'ostéophyte.

51. — Notes pour servir à l'histoire des tumeurs synoviales de la main et de celles des doigts en particulier (*Gaz. hebd.*, 1855).

J'ai établi qu'en tenant compte des faits publiés et de toutes les opinions émises, on pourrait admettre sept variétés de tumeurs synoviales : l'hydarthrose, l'hydropysie des gaînes tendineuses, l'hygroma, les kystes folliculaires d'une synoviale articulaire, les kystes folliculaires d'une synoviale tendineuse, les

kystes herniaires d'une synoviale articulaire, les kystes herniaires d'une synoviale tendineuse. Sans m'arrêter longuement à la description des faits connus, j'ai démontré, dans les synoviales tendineuses des doigts, l'existence des follicules synoviaux que M. Gosselin avait décrits dans les synoviales articulaires, celles du poignet en particulier. Partant de ce fait anatomique admis aujourd'hui, j'ai établi par des dissections l'existence, aux doigts, des kystes folliculaires tendineux et des kystes folliculaires articulaires qui, avec l'hygroma et l'hydropisie des gaînes synoviales, complètent la série des tumeurs synoviales que l'on rencontre dans cette région. M. Follin, dans son Traité de pathologie externe, a adopté les résultats de mes recherches.

52. — Sur une variété de luxation de l'astragale (*Rev. médico-chirurg.*, 1855).

Je rapporte cinq observations qui permettent d'établir qu'il existe une variété de luxation de l'astragale qui mérite le nom de luxation par rotation autour de l'axe vertical. Les recherches anatomo-pathologiques m'ont démontré que l'astragale a subi un mouvement de rotation en vertu duquel sa tête, ayant abandonné la cavité scaphoïdienne, s'est placée au-dessous de la malléole interne, et que la poulie astragalienne correspond encore à la mortaise tibiale, mais est située transversalement sous elle. La dénomination et la description de cette variété de luxation ont été acceptées par Malgaigne, dans son traité des luxations où l'on retrouve l'analyse de mon mémoire.

53. — Compte-rendu analytique des 10[e], 11[e], 12[e], 13[e], 14[e], 15[e] livraisons du *Compendium de chirurgie*; six articles (*Mon. des hôpit.*).

54. — Analyse du Traité des maladies des yeux, par Denonvilliers et Gosselin; deux articles (*Mon. des hôpit.*, 1855).

55. — Lettre critique sur l'observation et la statistique en chirurgie à propos d'un Mémoire sur les observations faites à l'armée d'Orient par M. Scoutetten (*Mon. des hôpit.*, 1855).

56. — Deux observations de corps fibreux multiples de l'utérus (*Bull. Soc. anat.*, 1855), pouvant éclairer la question du siége et du mode d'évolution de ce genre de tumeurs.

57. — Description d'une arthrite sèche du pied (*Bull. Soc. anat.*, 1855).

Lésions très-avancées de l'arthrite sèche.

58. — Rapport sur un cas de fracture des vertèbres cervicales (*Bull. Soc. anat.*, 1855).

Ce travail éclaire le mécanisme de ces fractures en montrant qu'elles peuvent se produire par une extension forcée du cou, contrairement à la doctrine de J.-L. Petit, qui n'admet que des fractures directes dans la région cervicale. Ce fait communiqué par le Dr Da Costa était en outre remarquable en ce que le malade a survécu pendant neuf jours, bien que la partie cervicale de la moelle fût détruite.

59. — Rapport sur les corps fibreux de la matrice (*Bull. Soc. anat.*, 1855).

J'ai principalement examiné la symptomatologie des tumeurs fibreuses, j'ai fait voir la différence qui existe sous ce rapport entre le corps fibreux proprement dit et le polype fibreux; le premier ne gênant que par son volume, le second produisant des accidents de voisinage. La question du diagnostic m'a conduit à rapporter des cas difficiles, et pour le traitement, j'ai démontré les avantages de l'incision selon le procédé de M. Velpeau, c'est-à-dire sans exercer de traction sur l'utérus.

60. — Kyste du jarret formé par le développement d'un follicule synovial communiquant avec le genou (*Bull. Soc. anat.*, 1855).

61. — Note sur la luxation spontanée du genou avec ankylose (*Bull. Soc. anat.*, 1855).

Cette note contient la description complète d'une luxation en dehors et en

arrière du tibia sur le fémur, et cette observation m'a permis de fournir quelques éclaircissements sur la cause de ce déplacement et sur son mécanisme. Le déplacement est dû à la position vicieuse dans laquelle repose le membre, et il se fait par une sorte de glissement successif des surfaces articulaires.

62. — Mémoire sur l'étranglement interne de l'intestin (*Bull. Soc. anat.*, 1855).

Dans ce travail, après avoir établi une distinction entre l'étranglement interne de l'intestin et les autres causes d'obstacle au cours des matières fécales, tels que l'obstruction intestinale, la compression de l'intestin, les rétrécissements, etc., j'ai décrit le mécanisme de l'étranglement qui m'a paru revêtir deux formes : dans la première, l'intestin va s'étrangler dans une ouverture abdominale naturelle ou accidentelle; dans la seconde, une bride ou une anse d'intestin vient produire l'étranglement en se rétractant ou en formant des adhérences. Il y a, en un mot, un étranglement aigu ou subit et un étranglement lent, chronique ou successif, ces deux formes se retrouvent dans les symptômes et peuvent jusqu'à un certain point être reconnues en étudiant leur ordre d'apparition et leur marche. J'arrive ainsi à discuter le diagnostic qui comprend la connaissance de l'existence de l'obstacle, de son siége, de sa nature. C'est encore en m'appuyant sur les données de l'anatomie pathologique que j'établis les indications thérapeutiques au point de vue de la médecine opératoire.

63. — Note sur une tumeur du scrotum (*Bull. Soc. anat.*, 1856), contenant à la fois une hydrocèle vaginale, un kyste du cordon et une hernie inguinale.

64. — Note sur une fracture du calcanéum par écrasement et sur une fracture en V de la région sous-trochantérienne du fémur (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

65. — Description des kystes de l'épididyme (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

66. — Description d'une carie vertébrale avec abcès par congestion (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

Bel exemple d'un double abcès par congestion formant deux poches oblon-

gues appendues de chaque côté de la colonne vertébrale et recouvertes par les muscles psoas-iliaques.

67. — Discussion sur les anomalies des gros vaisseaux du cou au point de vue de l'opération de la trachéotomie (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

68. — Note sur une côte surnuméraire longue de 7 centimètres (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

69. — Description d'une articulation du coude atteinte d'arthrite sèche (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

70. — Recherches anatomo-pathologiques sur les ganglions du poignet (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

Confirmation des idées développées par M. Gosselin dans son Mémoire.

71. — Note sur la soudure par fusion de l'astragale et du calcanéum (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

72. — Note sur un cas de tubercules du testicule et de l'épidydime (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

Unilatéral, sans complications de tubercules pulmonaires.— Ce qui contredit l'opinion de Vidal, qui a prétendu que le testicule tuberculeux unilatéral est le plus grave, parce qu'il coincide avec les tubercules pulmonaires. — Ce fait, au contraire, confirme l'opinion de M. Velpeau, qui veut que les tubercules testicules se rencontrent souvent sans tubercules pulmonaires.

73. — Note sur l'arthrite et les corps étrangers de l'articulation de l'épaule (*Bull. Soc. anat.*, 1856).

Tantôt le dépôt plastique qui forme la concrétion mobile se forme dans les franges synoviales, tantôt dans la synoviale, tantôt dans le périoste. Difficultés du

diagnostic des corps étrangers du coude ; ces difficultés tiennent en partie à ce que les productions osseuses se logent dans les anfractuosités où les ligaments les fixent.

74. — Mémoire sur les kystes de la région poplitée (*Arch. de méd.*, 1856).

Avant d'analyser ce travail, je ferai comprendre son utilité en rapportant textuellement ce que M. le professeur Nélaton en a dit dans son traité de Pathologie chirurgicale (t. V, page 962).

« Depuis quelques années, l'attention des chirurgiens a été appelée sur certaines tumeurs que l'on rencontre dans la région poplitée, à l'occasion d'une leçon de M. Velpeau, sur certains kystes du jarret, constitués par la dilatation de la synoviale articulaire, M. Malgaigne publiait deux observations de kystes séreux de cette région, communiquant avec les gaînes tendineuses du côté interne; mais tout en faisant ressortir l'importance de ces faits, il reconnaissait que les observations n'étaient pas assez nombreuses encore, pour que l'on pût tracer une histoire à peu près complète de cette affection. Quelques jours après, M. Foucher publiait trois nouveaux exemples de kystes poplités, et cherchait à établir une classification des tumeurs séreuses de cette région (*Rev. méd. chirurg.* t. XV, 1854, page 83). Plus tard, dans un très-important mémoire, il réunissait vingt observations de kystes poplités, et publiait une bonne monographie de ce genre d'affection. »

Avant d'écrire l'histoire des kystes poplités, j'ai décrit les synoviales tendineuses de la région, en faisant ressortir quelques particularités qui n'avaient pas été indiquées, entre autres la communication fréquente de la synoviale du jumeau interne avec l'articulation et l'existence de la synoviale située entre le tendon du muscle poplité et le ligament externe du genou.

J'ai démontré par la dissection de onze cas, que les kystes du jarret siégeaient le plus souvent dans la synoviale tendineuse, et j'ai été conduit à établir la classification suivante : 1° hydropisie des synoviales tendineuses, c'est le cas le plus fréquent; 2° dilatation des follicules synovipares ou kystes folliculaires; 3° le kyste séreux; 4° la hernie de la synoviale articulaire, ou kyste synovial herniaire.

Sur trente cas observés par moi j'ai trouvé que vingt fois la tumeur était constituée par une hydropisie de la synoviale du tendon du jumeau interne, quatre fois elle occupait l'une des synoviales tendineuses du côté externe, et six fois, elle siégeait au milieu de la région, et pouvait se rattacher à une hernie

de la synoviale ou à un développement folliculaire. Avec les données précises fournies par l'anatomie pathologique, il m'a été facile d'établir la symptomatologie de ces kystes ; j'ai surtout insisté sur un caractère qui a une grande importance pratique, la réductibilité, et j'ai pu indiquer les circonstances qui la favorisent et celles qui l'empêchent. J'ai, en outre, décrit avec beaucoup de soin les moyens de reconnaître le kyste poplité, son siége et ses rapports avec la cavité articulaire.

Je termine mon mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les kystes de la région poplitée sont le plus souvent formés par l'hydropisie de l'une des synoviales tendineuses de cette région et en particulier de celle du tendon du jumeau interne.

2° Ces kystes occupent les côtés interne ou externe, ou le milieu du creux poplité ; les kystes médians seuls peuvent être dus au développement d'un follicule synovial ou à une hernie de la synoviale, mais ces deux variétés sont beaucoup plus rares que la précédente.

3° On peut rencontrer en outre, dans le jarret, des kystes séreux, hématiques, hydatiques.

4° Les kystes synoviaux sont réductibles ou non ; la reductibilité s'obtient toujours plus facilement dans la flexion du genou ; la disposition de la synoviale du jumeau interne explique ce résultat, quant à ce qui concerne l'hydropisie fréquente de cette synoviale.

5° Le caractère de la réductibilité implique la communication du kyste avec l'articulation.

6° La complication la plus fréquente est l'hydarthrose, qui est primitive ou consécutive ; elle accompagne toutes les variétés de kyste, mais principalement les kystes médians.

7° Le diagnostic des ces kystes est facile en général, on ne devra pas prendre la réductibilité apparente pour une réductibilité réelle.

8° Le meilleur traitement de ces kystes consiste dans l'emploi des vésicatoires volants puis de l'injection iodée.

75. — Note sur les luxations carpo-métacarpiennes (*Gaz. hôp.*, 1856).

Après avoir analysé les rares observations de luxations de l'un des métacarpiens sur le carpe, j'ai fait remarquer que, à part l'histoire des luxations du premier métacarpien, les annales de la science ne fournissent pas les élé-

ments d'une étude complète des luxations carpo-métacarpiennes. J'ai donné la description, rendue complète par la dissection, d'un cas jusqu'alors unique de luxation en arrière du deuxième métacarpien sur le carpe.

76. — Mémoire sur quelques variétés d'abcès de la face (*Gaz. des hôp.*, 1856).

Les abcès de la face, surtout ceux qui correspondent aux os maxillaires supérieurs, présentent des différences assez nombreuses quant à leur siége et quant à leur point de départ. J'ai essayé de les classer et d'indiquer les signes distinctifs de chaque variété, et, trouvant souvent la cause de leur apparition dans la carie dentaire, j'ai été conduit à admettre, comme dépendant de cette cause, dans la région maxillaire supérieure, quatre variétés de collections purulentes : l'abcès sus-périostique, l'abcès sous-périostique, l'abcès sous-osseux situé entre l'os et la membrane du sinus, l'abcès de la cavité du sinus.

77. — Analyse du traité de chirurgie opératoire de M. A. Guérin, deux articles (*Mon. des hôp.*, 1856).

78. — Deux longs articles critiques sur le traité des anévrysmes de M. Broca (*Mon. des hôp.*, 1856).

Exposition complète de la physiologie pathologique des anévrysmes et interprétation des résultats fournis par la statistique pour apprécier les diverses méthodes de traitement.

79. — De l'anus contre nature (Thèse pour le concours de l'agrégation, 1857).

Dans l'introduction, j'ai établi les différences qui existent au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et des indications thérapeutiques entre l'anus contre nature congénital, artificiel, et l'anus contre nature accidentel. Je n'ai traité dans mon travail que de l'anus contre nature accidentel.

Dans le premier chapitre, j'étudie l'anatomie pathologique de l'anus contre

nature, j'ai indiqué avec détails les variétés que les ouvertures cutanée et intestinale et le trajet intermédiaire peuvent présenter.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'étiologie et du mode de formation de l'anus contre nature, j'ai montré comment et dans quel cas se formait l'éperon, comment et quand il n'existait pas; j'ai recherché avec soin la constitution du trajet intermédiaire ou infundibulum de Scarpa et j'ai démontré que contrairement à l'opinion de ce chirurgien, l'entonnoir est fermé par une pseudo-membrane dont les éléments sont fournis par les adhérences voisines et les débris du sac (entonnoir pseudo-membraneux) ou par les parois mêmes de l'intestin (entonnoir intestinal).

Le troisième chapitre, consacré à l'étude des modifications qui se produisent ultérieurement dans l'anus contre nature, m'a permis d'indiquer les conditions et le mécanisme de la guérison spontanée de l'anus contre nature, point capital dans l'histoire de cette affection, et de rechercher les causes qui empêchent la guérison spontanée; j'ai eu surtout pour but de montrer le rôle que joue la muqueuse intestinale comme obstacle à la guérison.

Dans le chapitre IV, je passe en revue les symptômes et les complications de l'anus contre nature, et le chapitre V est consacré au diagnostic et au pronostic. Dans ces deux chapitres, j'ai surtout insisté sur les manœuvres que l'on doit employer pour reconnaître complétement la disposition de l'anus contre nature, et les détails que j'ai donnés sur les modes de terminaison de la maladie sont la conséquence de ce que j'ai dit dans le chapitre II. Je suis entré dans de longs développements sur le traitement : j'ai d'abord montré comment, après avoir uniquement songé à fermer l'ouverture anormale, les chirurgiens s'étaient préoccupés de l'idée de détruire l'éperon; comment cette idée, après les tentatives infructueuses d'autres chirurgiens fut réalisée par Dupuytren; comment, depuis la création de l'entérotomie par ce chirurgien, on avait été conduit d'abord à modifier les moyens de détruire l'éperon; comment enfin les chirurgiens contemporains, se basant sur la constitution anatomique de l'anus contre nature, avaient été conduits à modifier très-avantageusement le mode d'occlusion.

Divisant donc l'étude des moyens chirurgicaux en ceux qui ont pour but de rétablir le cours des matières et en ceux qui ont pour but de fermer l'ouverture, j'ai indiqué dans le premier groupe la méthode de Desault et celle de Dupuytren, et, dans le second, les procédés autoplastiques de M. Velpeau, ceux de Jobert, de Malgaigne, de MM. Nélaton, Denonvilliers, Gosselin et Reybard.

Je constate avec plaisir que les auteurs, qui depuis ont eu à traiter le même sujet, ont largement utilisé ma thèse.

80. — Recherches expérimentales sur les anesthésiques, en collaboration ave le Dr H. Bonnet (*Mém. communiqué à l'Académie des sciences*, 1857).

Nos expériences ont porté surtout sur l'amylène que l'on essayait alors de substituer au chloroforme, et, dans notre travail, après avoir décrit les phénomènes que nous avions observés chez les lapins et les chiens soumis à l'inhalation de l'amylène, et comparativement à d'autres agents anesthésiques, nous posions les conclusions suivantes : 1° L'éther sulfurique, le chloroforme, l'amylène, sont, parmi les substances éthérées que nous avons expérimenté, celles qui jouissent des propriétés anesthésiques les plus énergiques ; 2° l'amylène n'est un anesthésique énergique qu'à la condition que les vapeurs soient mélangées d'une très-petite quantité d'air, et alors il a sur plusieurs fonctions de l'économie, sur la respiration en particulier, une action qui doit faire craindre des accidents graves, et les animaux qui ont été soumis à cet agent conservent pendant longtemps un état de collapsus ou de malaise.

81. — Note sur une tumeur du vagin, constituée par une dilatation partielle de l'urèthre (*Monit. des hôpit.*, 1857).

Dans cette note, je donne l'observation d'une tumeur tout à fait insolite, dont le diagnostic exige un examen minutieux. Il y a lieu de se demander pourtant si la dilatation de l'urèthre ne s'est pas rencontrée un certain nombre de fois et n'a pas été confondue avec le cystocèle. Le diagnostic différentiel est basé sur les résultats du cathétérisme. J'ai institué dans ce cas une opération qui a parfaitement réussi.

81 *bis*. — Sur une variété nouvelle de tumeur de l'orbite (*Gaz. des hôpit*. 1858).

Il s'agit d'une tumeur due à la dilatation variqueuse de la veine opthalmique et communiquant avec le sinus caverneux. J'ai montré que cette tumeur offrait la plus grande analogie avec celles qui occupent la voûte du crâne qui, formées par du sang dans une poche extra-crânienne communiquant avec l'un des sinus, ont pour caractère principal de disparaître lorsque la tête est dans telle ou telle position. J'ai trouvé dans les recueils quelques observations ana-

logues. J'ai longuement discuté le diagnostic et j'ai dû me baser, pour l'établir, sur la disposition anatomique de la région et sur la réductibilité de la tumeur.

82. —Observation de cancroïde de langue ; ablation au moyen de l'écraseur linéaire, guérison, suivie de réflexion sur la récidive du cancroïde et sur les condition de la guérison par l'opération (*Mon. des hôpit.*, 1858).

83. — Végétations énormes enlevées au moyen de l'écraseur linéaire (*Mon. des hôpit.*, 1858).

Observation ayant pour but de montrer l'avantage de l'écrasement dans les cas de végétation énormes des femmes enceintes ; il permet d'éviter l'hémorrhagie tout en agissant plus promptement que les caustiques.

84. — Du traitement des loupes par la cautérisation avec l'acide azotique (*Mon. des hôpit.*, 1858).

Dans cet article, j'établis les avantages qu'offre l'ablation des loupes de la tête avec le caustique ; j'ai fait connaître un procédé qui consiste à appliquer sur la loupe une traînée d'acide azotique. Cette application peu douloureuse est répétée plusieurs fois à deux ou trois jours d'intervalle de manière toutefois à obtenir une eschare qui ne *comprenne que la peau ;* lorsque cette eschare se détache au bout de dix à douze jours, le kyste tombe avec elle. Ce procédé m'a constamment réussi, et jamais je ne l'ai vu suivi d'accidents dans une vingtaine de cas au moins où je l'ai employé. Il a été adopté par un bon nombre de mes collègues, chirurgiens des hôpitaux.

85. — Article critique sur le traité des maladies du sein, de M. Velpeau (*Mon. des hôpit.*, 1859).

Cet article n'est pas seulement une analyse du livre de M. Velpeau, il contient un historique des intéressants débats qui ont eu lieu sur la question du cancer et rappelle la part que le professeur Velpeau a prise à ces débats.

86. — Note sur une amputation sus-malléolaire pratiquée sur un malade ayant subi l'amputation du pied par la méthode de Chopart, vingt et un ans auparavant, lue à la Société de chirurgie (*Gaz. des hôpit.*, 1858).

87. — Observation de kyste synovial tendineux du poignet enflammé sous l'influence des vésicatoires et guéri par la suppuration (*Gaz des hôpit.*, 1858).

88. — Description d'une fracture spiroïde du tibia (*Bull. Soc. chir.*, 1858).

89. — Trois articles de critique à propos du livre de M. Bouisson, intitulé : *Tribut à la chirurgie* (*Mon. des hôpit.*, 1859, p. 209, 225, 258).

J'examine succesivement, dans ces trois articles, le mécanisme des fractures longitudinales, les avantages et les indications de la lithotritie par les voies accidentelles, procédé fort bien décrit par M. Bouisson, sur lequel il revient dans son mémoire sur la taille médiane, et que l'on a depuis reproduit comme un procédé nouveau, quoiqu'il eût été indiqué déjà par Ammon, d'Alexandrie. En discutant les signes et les caractères anatomiques de plusieurs cas rares de luxation, j'ai rappelé une observation de luxation ischio-pubienne complète observée par moi, fait d'autant plus important que la dissection l'a établi d'une manière certaine et que Malgaigne en avait contesté la possibilité.

Le mémoire sur la rhinoplastie m'a donné l'occasion d'examiner les résultats fournis par les divers procédés de rhinoplastie et d'exposer les conséquences d'un cas d'autoplastie totale du nez par un lambeau frontal, j'ai pratiqué cette opération à l'hôpital Saint-Louis en suivant les préceptes formulés par Langenbeck, et il m'a donné un résultat satisfaisant.

Les mémoires sur la taille médiane, sur l'insuffisance des humeurs de l'œil, sur les tumeurs syphilitiques des muscles, m'ont encore fourni l'occasion de rapporter certains faits inédits se rattachant à ces diverses questions.

90. — Analyse des leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil, par M. Follin (*Mon. des hôpit.*, 1859).

91. — Mémoire sur l'enchondrome de la région mammaire chez l'homme (*Mon. des hôpit.*).

Dans ce travail, après avoir rapporté l'observation d'un fait peut-être unique d'enchondrome de la région mammaire chez l'homme, j'ai été amené à discuter les éléments du diagnostic de ces sortes de tumeurs et à rechercher les conditions anatomiques qui peuvent expliquer les différences cliniques des tumeurs. Ces conditions, il m'a semblé les trouver non-seulement dans la composition élémentaire, mais encore dans le mode d'arrangement et le nombre des éléments.

92. — Du traitement des ophthalmies des nouveau-nés (*Mon. des hôpit.*, 1859).

Après avoir établi que l'ophthalmie des nouveau-nés peut revêtir trois formes, les formes catarrhale, purulente et diphthéritique, j'ai indiqué le traitement qui m'a paru convenir le mieux à chacune de ces trois formes et qui se résume dans l'application des douches d'eau chlorurée, les scarifications et les cautérisations de la conjonctive palpébrale. J'ai, en outre, dans ce travail, montré par des exemples que l'opacification complète de la cornée chez les nouveau-nés pouvait disparaître promptement et faire place à une transparence parfaite.

93. — Description d'une pièce de luxation ischio-pubienne complète, sans rupture des muscles (*Bull. Soc. chir.*, 1859).

94. — Traitement des fractures de la mâchoire inférieure par l'appareil en gutta-percha (*Revue de thérap. médico-chir.* 1859).

Observations et réflexions sur le mode d'emploi et les indications de cet appareil.

95. — Note sur le traitement des écoulements vaginaux (*Revue de thérap. médico-chir.*, 1859).

Ayant pour objet de démontrer l'efficacité des injections douches d'eau chlorurée.

96. — Note sur le traitement des plaies de la main et du pied (*Revue de thérap. médico-chir.*, 1859).

La moindre partie de la main ou du pied a son utilité, d'où la nécessité pour le chirurgien de conserver autant que possible les parties lésées et de se montrer avare d'amputation dans ces régions, d'autant plus que, sous l'influence de l'irrigation, les plaies de la main et du pied guérissent vite et bien.

97. — Sur les avantages du traitement de la vaginite et de l'inflammation superficielle du col utérin par les tampons de ouate enduits de tannin (*Bull. thérap.*, 1859).

98. — De l'extirpation des polypes naso-pharyngiens (*Gaz. des hôpit.*, 1859).

Après avoir passé en revue les opérations indiquées pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, je propose d'agir de la façon suivante : Pratiquer d'abord une boutonnière par une incision médiane étendue du bord adhérent du voile jusqu'à un cent. du bord libre, introduire le doigt par cette voie pour recueillir le plus de notions possibles sur le volume, la forme, l'implantation, les prolongements de la tumeur; enlever sans désemparer la plus grande partie possible de la tumeur, laisser la boutonnière ouverte pour détruire consécutivement et en plusieurs séances la portion qui aurait échappé à la première opération ; ne recourir à la résection de la voûte palatine que si la voie ainsi ouverte est insuffisante. Ce mode de traitement a été employé sur deux malades et a été d'une incontestable utilité. La boutonnière offre une voie d'exploration et peut permettre facilement les cautérisations électriques.

99. — Rapport sur une hernie ombilicale enflammée (*Bull. Soc. anat.*, 1859).

Ce fait se rattache à un cas dans lequel la malade présenta tous les symptômes de l'étranglement et m'a fourni l'occasion de discuter le diagnostic de l'inflammation et de l'étranglement.

100. — Sur la fracture de l'acromion (*Gaz. des hôpit.*, 1859).

Les fractures de l'acromion sont rares, et depuis Duvernoy qui, le premier, en a rapporté des exemp'es, on ne trouve qu'un petit nombre d'observations de ce genre de fratures. J'en rapporte un exemple très-complétement observé.

101. — Recherches sur la disjonction traumatique des épiphyses (*Mon. des hôpit.*, 1860, et broch. gr. in-8).

La disjonction traumatique des épiphyses a été étudiée par un certain nombre de chirurgiens, entre autres par Bertrandi, Cruveilhier, Guéretin, Rognetta, Salmon; cependant aucun de ces auteurs n'a cherché à éclairer le mécanisme et l'anatomie pathologique de ce genre de lésions. C'est dans le but de combler cette lacune que j'ai entrepris des expériences nombreuses, et je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° La disjonction épiphysaire traumatique est d'autant plus facile à produire, toutes choses égales d'ailleurs, que l'enfant est plus jeune.

2° Le lieu de la séparation de l'épiphyse et de la diaphyse varie suivant l'âge et suivant la cause. Sous ce rapport, il y a trois points d'élection : 1° l'union de la couche chondroïde et de la couche spongoïde ; 2° l'union de la couche spongoïde et du tissu spongieux ; 3° le tissu spongieux lui-même.

3° Quel que soit le siége de la lésion, elle se rattache toujours par sa nature aux solutions de continuité, aux fractures, et par le mécanisme de sa production, elle se rapproche des luxations.

4° C'est, en effet, l'exagération de certains mouvements qui est la cause efficiente la plus ordinaire des disjonctions épiphysaires. L'action musculaire n'a qu'une influence secondaire.

5° La surface de la solution de continuité est alternativement convexe et concave, et le périoste est largement décollé sur la diaphyse.

6° Des disjonctions, les unes sont intra-articulaires, les autres extra-articulaires, considération importante au point de vue du pronostic.

102. — Traitement de la chute du rectum chez les enfants par les injections sous-cutanées de sulfate de strichnine (*Bull. de thér.*, 1860).

En dehors des moyens chirurgicaux, on a proposé pour guérir la chute du

rectum, maladie assez commune chez les enfants, l'électricité, la noix vomique à l'intérieur et à l'extérieur par la méthode endermique. J'ai le premier appliqué à la cure de cette maladie le sulfate de strychnine, en injections sous-cutanées pratiquées au pourtour de l'anus; trois fois cette méthode a été couronnée de succès entre mes mains, et les chirurgiens qui l'ont employée depuis ont obtenu les mêmes résultats. C'est donc un mode de traitement qui mérite de rester dans la pratique.

103. — Plaies du pénis par arrachement ; guérison (*Mon. des hôpit.*, 1860).

Relation intéressante d'une observation d'arrachement de toute la peau du pénis.

104. — Abcès périnéphrétique spontané sans lésion du rein (*Mon. des hôpit.*, 1860),

Cette observation offre un exemple d'abcès périnéphrétique suivi dès le début, et qui a permis de discuter le diagnostic et le traitement de ces abcès.

105. — Nécrose invaginée du calcanéum ; amputation sous-astragalienne ; guérison (observation suivie de réflexions communiquée à la Société de chirurgie, 1860).

A l'époque où cette observation fut publiée, la question de l'amputation sous-astragalienne était à l'étude. Elle vint confirmer l'opinion des chirurgiens qui se sont déclarés partisans de cette opération, puisque le malade après sa guérison marchait parfaitement.

106. — De l'emploi des sétons dans le traitement de l'hydropisie des bourses séreuses sous-cutanées (*Mon. des hôpit.*, 1860).

Correspondance relative à l'emploi du séton à fils multiples dans le traitement de l'hydropisie des bourses séreuses.

107. — Du traitement de l'exostose sous-unguéale par abrasion suivie de la cautérisation (*Mon. des hôpit.*, 1860).

108. — Note sur le traitement du ptérygion (*Mon. des hôpit.*, 1860).

Après avoir discuté l'origine du ptérygion et les diverses méthodes de traitement, j'ai cherché, en m'appuyant sur des faits, à montrer les avantages de l'ablation de la membrane cellulo-vasculaire.

109. — Lettre sur l'acupressure (lue à l'Académie de médecine, 1860).

J'avais déjà fait connaître en France le procédé hémostatique inventé par M. Simpson, dans ma lettre à l'Académie. J'ai indiqué les résultats que m'avait fourni l'emploi de ce moyen dans trois cas d'amputations, deux de la jambe et une de la cuisse, et dans deux cas de plaies artérielles. J'ai conclu que l'acupressure est un moyen efficace d'hémostase, mais que, outre l'embarras de son application, elle n'offrait pas, sur la marche ultérieure de l'amputation, des avantages qui dussent la faire préférer à la ligature.

110. — Note relative à un cas de syncope observé pendant une opération d'ablation de polype fibreux de l'utérus (*Bull. Soc. chir.*, 1860).

Cette observation offre un intérêt réel en ce qu'elle montre combien aurait pu être grave l'inhalation du chloroforme chez une malade ainsi disposée à la syncope, ce qui peut donner l'explication de quelques cas de mort par le chloroforme.

111. — Mémoire sur l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies (*Bull. de thérap.*, 1860).

La glycérine, employée pure, donne d'excellents résultats dans les conjonctivites légères ; elle est d'une utilité incontestable dans les ophthalmies graves, en

ce qu'elle nettoie parfaitement l'œil. Unie aux divers principes médicamenteux, elle forme la base de collyres qui ont de grands avantages sur les collyres aqueux et sur les pommades ; ils ne rancissent pas comme ces dernières, et restent en contact plus longtemps avec les surfaces que les collyres aqueux. En généralisant l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies, je crois avoir fait faire un progrès à la thérapeutique oculaire. J'ai vu que ma pratique a été adoptée par bon nombre de chirurgiens. « C'est surtout à M. Fou- « cher que l'on doit l'extension donnée à l'emploi de la glycérine en ophthal- « mologie. » (Additions au traité de Mackenzie, t. III. p. 286.)

112. — Corps étrangers dans l'articulation du genou (*Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1860).

Incision sous-cutanée de la synoviale ; migration et extraction du corps étranger ; guérison rapide ; observation complète et concluante relativement à l'efficacité et à l'innocuité du procédé.

113. — Note sur les causes de la difficulté du cathétérisme dans le cas de rétention d'urine suite de cystite du col ; des moyens d'y remédier (*Rev. de thérap. méd.-chir.*, 1860).

L'inflammation du col de la vessie excite la contraction exagérée des fibres musculaires obturatrices, et la bandelette, qui, après avoir embrassé l'orifice uréthro-vésical, se jette par ses extrémités dans la paroi antérieure de la vessie, venant à agir, entraîne le bord postérieur de l'orifice vers le bord pubien. Il faut alors, pour pénétrer facilement, faire choix de la sonde à béquille.

114. — Remarques sur les indications, les résultats et le manuel opératoire de l'uréthrotomie externe (*Union méd.*, 1860).

Ce travail contient une observation d'uréthrotomie externe que j'ai pratiquée avec succès dans un cas de rétrécissement traumatique infranchissable. J'ai examiné comparativement les résultats fournis par les différents procédés d'uréthrotomie ; j'ai, au moyen de tableaux statistiques, recherché la valeur de

l'uréthrotomie externe, j'en ai longuement discuté les indications; enfin j'ai fait ressortir, en m'appuyant sur les faits, les diffficultés que l'on rencontre dans l'exécution de cette opération, ce qui m'a conduit à décrire le procédé opératoire qui me semble le plus convenable.

115. — Note sur une nouvelle méthode pour arrêter les hémorrhagies chirurgicales (*Gaz. des hôpit.*, 1860).

Dans ce travail, je donne d'abord la traduction du mémoire de Simpson sur l'acupressure, puis je fais la relation des expériences que j'ai tentées à Alfort sur les animaux pour juger la valeur de ce moyen hémostatique que j'ai le premier fait connaître en France, et qui m'a paru pouvoir être utile dans quelques circonstances, mais qui, à mon avis, ne doit pas remplacer la ligature.

116. — Observation de kyste de la région poplitée, guéri par l'injection iodée (*Gaz. des hôpit.*, 1860).

Confirme les idées énoncées dans mon mémoire sur les kystes poplités.

117. — Atrésie de la bouche consécutive au scorbut; accidents gastralgiques; opération suivie de succès (*Gaz. des hôpit.*, 1860).

L'atrésie buccale est une difformité assez rare et qui est grave quand elle est très-prononcée. L'opération, pratiquée suivant le procédé de Dieffenback, en interposant la muqueuse entre les lèvres de l'incision, a réussi à corriger une atrésie telle que l'ouverture buccale n'avait plus qu'un centimètre de diamètre.

118. — Emploi de l'acupressure dans un cas d'amputation de la jambe nécessitée par l'ossification des artères (*Gaz. des hôpit.*, 1860).

119. — Mémoire sur les corps étrangers dans l'urèthre et dans la vessie (*Bull. de thérap.*, 1861, et broch. in-8).

Les corps étrangers introduits accidentellement dans l'urèthre et dans la vessie sont tellement variés quant à leur forme et à leur nature, que chaque cas offre en quelque sorte des indications qui sont laissées à l'appréciation du chirurgien. J'ai donc dû, après avoir rapporté l'observation curieuse d'un malade chez lequel j'avais extrait de la vessie et avec succès un large morceau de cuir verni, rechercher les cas analogues qui sont nombreux et tâcher d'y trouver l'explication du mode de migration de ces corps et la base des indications thérapeutiques. Après avoir examiné les nombreuses explications, qui ont pour but de rendre compte de la migration des corps étrangers vers la vessie et avoir montré ce que chacune d'elles me semblait avoir d'exagéré; j'ai été conduit à en proposer une basée en partie sur le mécanisme de l'érection et sur l'action des fibres musculaires du col de la vessie et de l'urèthre. Je me suis aussi appliqué à établir par la statistique d'un grand nombre de faits quelles sont les meilleures manœuvres à employer pour extraire ces corps étrangers, après en avoir bien constaté la présence et, autant que possible, la nature.

120. — De la rupture brusque des ankyloses du coude (*Bull. Soc. chir.*, 1861).

Relation d'un cas dans lequel ce procédé a été employé avec avantage chez un malade dont les deux coudes étaient ankylosés.

121. — Relation de trois observations de fistules vésico-vaginales, traitées et guéries par la méthode américaine (*Bull. Soc. chir.*, 1861).

122. — Description de la déformation de la voûte palatine consécutive à l'ablation du maxillaire inférieur (*Bull. Soc. chir.*, 1861).

A propos d'une discussion soulevée au sein de la Société de chirurgie sur ce genre de déformation et sur ses causes; je fis voir un homme opéré par Dupuytren en 1832 et chez lequel la voûte palatine était complétement ogivale.

123. Deux observations de guérison de la chute du rectum par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine (*Bull.Soc. chir.*, 1861).

124. — Mémoire sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine (*Union méd.*, 1861).

125. — De l'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine (*Revue thér. méd.-chir.*, 1861).

Lorsque Bozeman eut fait connaître, en France, la méthode dite *américaine*, pour le traitement des fistules vésico-vaginales, je m'empressai, à l'exemple de quelques autres chirurgiens, de mettre en pratique cette méthode. Dans un premier travail je donnai une description détaillée de tous les préceptes recommandés par les chirurgiens américains, en ayant soin d'insister sur la valeur de chacun d'eux; plus tard, ayant eu l'occasion de pratiquer cette opération avec succès sur une femme affectée de deux fistules, je publiai ce fait en le faisant suivre de réflexions qui avaient pour but de démontrer que si l'ensemble de la méthode était nouvelle, tous les préceptes qu'elle comporte avaient déjà été indiqués séparément tant en France qu'à l'étranger.

J'ai ensuite abandonné le procédé de Bozeman pour adopter celui de M. Sims, et depuis lors j'ai pratiqué encore 5 opérations de fistules et j'ai obtenu 5 succès. Ces observations ont été publiées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* et dans la *Gazette des hôpitaux*.

Je crois donc pouvoir dire que j'ai dès le principe été l'un des chirurgiens qui ont contribué à répandre une méthode aujourd'hui généralement adoptée.

126. — De l'anesthésie locale préparatoire à l'opération de l'ongle incarné (*Revue thér. méd.-chirur.* 1861).

Il s'agit de l'anesthésie produite par la ligature de l'orteil et l'application locale de l'éther versé goutte à goutte sur la partie.

127. — Syndactilie, main palmée chez une jeune fille de 12 ans. Opération suivie de succès.

Cette opération a été pratiquée par un procédé analogue à celui de M. Didot, de Liége (*Gazette des hôpitaux*, 1861).

128. — Notes sur l'étiologie, la nature et le traitement des granulations palpébrales (*Revue de thér. méd.-chirur.*, 1862).

Dans deux articles je discute les causes et la nature des granulations, et je démontre que cet état morbide n'a pas toujours la même origine, qu'il affecte des formes différentes et que la granulation vraie est un produit de nouvelle formation qui cède à l'emploi des crayons de tannin.

129. — Cancer de la langue, ablation par l'écraseur linéaire. Hémorrhagie, ligature de la carotide externe (*Gaz. des hôp.*, 1862).

130. — Fongosités des gaînes synoviales des tendons fléchisseurs du médius gauche ayant envahi entièrement la paume de la main, amputation du doigt et résection du métacarpien correspondant; fait rare (*Gaz. des hôp.*, 1862).

131. — Rapport sur l'emploi des sondes en caoutchouc vulcanisé et sur celles en séve de balata (*Bull. Soc. chirur.*, 1863).

132. — Discussion sur les avantages et les inconvénients de l'acupressure (*Bull. Soc. chirur.*, 1863).

133. — Fausse ankylose de la jambe sur la cuisse.

Suite de rétraction musculaire, flexion à angle droit, section sous-cutanée des tendons demi-membraneux et demi-tendineux ; redressement immédiat. Guérison (*Gaz. des hôp.*, 1863).

134. — Notes sur un cas de lipomes multiples (*Gaz. des hôp.*, 1863).

Le malade portait 12 lipomes, 6 placés de chaque côté de la ligne médiane et symétriquement. Ce fait s'ajoute à ceux d'Alibert, de Marjolin et de Follin, qui ont fait admettre une diathèse lipomateuse.

135. — Exostose sous-unguéale guérie par l'abrasion (*Gaz. des hôp.*, 1863).

136. — Plaie pénétrante de l'abdomen, issue de l'épiploon. Guérison (*Gaz. des hôp.*, 1863).

Cette observation très-complète vient à l'appui des partisans de la temporisation dans les cas d'issue de l'épiploon. Cet organe a été laissé au dehors, il n'y a eu aucun accident d'étranglement et l'épiploon s'est peu à peu détruit par la suppuration aidée de légères cautérisations.

137. — Discussion sur l'iridectomie (*Bull. Soc. chirur.*, 1864).

Dans cette discussion, après avoir rappelé les indications générales de l'iridectomie, j'ai eu surtout pour but d'appeler l'attention sur les difficultés du manuel opératoire. J'ai montré quels sont les dangers de chaque temps de l'opération et j'ai décrit longuement les moyens d'éviter ces dangers (*Bull. Soc. chir.*, 1864).

138. – Relation d'un fait d'anévrysme poplité diffus, guéri par la compression digitale (*Bull. Soc. chir.*, 1864).

Très-importante observation qui montre que l'anévrysme diffus volumineux peut disparaître définitiment par la compression de la fémorale.

139. — Rapport sur une observation d'extraction d'un corps étranger de la vessie (*Bull. Soc. chir.*, 1864).

140. — Emphysème des paupières consécutif à une rupture du sac lacrymal (*Gaz. des hôpit.*, 1864).

Les cas d'emphysème des paupières, par la rupture du sac lacrymal sous l'influence d'un effort, sont extrêmement rares. Le fait que j'ai rapporté est peut-être le troisième cas de ce genre.

141. — Abcès de la prostate; cystite purulente; kyste des reins chez un paraplégique (*Gaz. des hôpit.*, 1864).

Observation très-complète.

142. — Tumeur épidermique avec production cornée de la jambe (*Gaz. des hôpit.*, 1864).

143. — Plaie de tête ; fissure du coronal; large suppuration et dénudation de l'os ; guérison sans exfoliation (*Gaz. des hôpit.*, 1864).

144. — Fistule vésico-vaginale, 3 cent. de diamètre. Opération par la méthode américaine; guérison par une seule opération (*Gaz. des hôp.*, 1864).

Observation complète.

145. — Rapport sur une observation de plaie pénétrante du genou, traitée par le drainage (*Bull. Soc. chirur.*, 1863).

146. — Bulletin de la Société de chirurgie, rédigé par M. Foucher, secrétaire, en 1863.

147. — Note sur un procédé nouveau de désarticulation de l'épaule et du coude (*Mouv. méd.*, 1865).

Ce procédé consiste à attaquer l'articulation par sa partie postérieure, celle qui se trouve le moins protégée par les saillies osseuses, et à faire ensuite une incision ovalaire de manière à porter la cicatrice tout à fait en arrière. Les avantages de ce procédé sont la facilité de son exécution, l'écoulement libre de la suppuration.

148. — Note sur le traitement de la rétention d'urine par inertie de la vessie et du catarrhe vésical par les injections d'eau pulvérisée, et description d'un instrument destiné à pratiquer ces injections (*Revue de thér. méd.-chirur.*, 1865).

149. — Du glaucome, de sa nature, de son traitement (*Revue de thér. méd.-chirur.*, 1865).

150. — Fistule recto-vaginale, de 6 cent. de longueur, avec destruction incomplète du périnée, opération, guérison (*Gaz, des hôp.*, 1865).

Cette observation offre un bel exemple de guérison d'une maladie grave par l'emploi de la suture à fils métalliques.

151. — Des luxations et des fractures de l'astragale (*Gaz. des hôp.*, 1865).

J'ai cherché à montrer dans cet article que la fracture de l'astragale portait souvent au niveau du col de l'os, que dans ces cas, la tête de l'os restait en place, le corps se déplaçant ordinairement en dedans, qu'enfin, l'extraction consécutive de la portion d'os déplacée était la meilleure pratique.

Les observations contenues dans cet article ont été utilisées par M. Dubrueil, dans sa thèse sur les *Luxations de l'astragale* (1865).

152. — Note sur le traitement du bubon phagédénique par le sulfate de cuivre (*Gaz. des hôp.*, 1855).

153. — Note sur le traitement du trichiasis et de l'entropion (*Revue méd.*, 1866).

Dans cette note, après avoir décrit les principaux procédés opératoires créés pour remédier à l'inversion des cils et du bord libre de la paupière supérieure

et avoir discuté la valeur de chacun d'eux, j'ai cherché à démontrer la supériorité du procédé par *transplantation du sol* ciliaire, que j'ai appliqué avec succès chez trois malades pour des cas d'entropion invétérés.

154. — Note sur un cas d'étranglement double de la hernie crurale (*Journ. de méd. et chirur. prat.*, 1866).

Observation intéressante qui démontre la coïncidence d'un étranglement par le collet du sac au niveau de l'anneau et d'un autre étranglement produit par une bride péritonéale, et existant à trois centimètres au-dessus du premier.

155. — Luxations répétées du maxillaire inférieur et de l'épaule (*Journ. de méd. chir. prat.*, 1866).

Recherches sur les conditions de la reproduction fréquente de ces luxations.

156. — Hernie ombilicale étranglée, opération, guérison (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1866).

L'opération de la hernie ombilicale étranglée est considérée à juste titre comme étant de la plus haute gravité. C'est en évitant les larges débridements, en obturant l'ouverture avec l'épiploon que la guérison peut être favorisée.

157. — Fractures des deux clavicules guéries sans difformité par le décubitus dorsal prolongé (*Journ. méd. chir. prat.*, 1866).

158. — Considérations pratiques sur l'iritis (*Journ. méd. chir. prat.*, 1866) :

De la conjonctivite catarrhale;

De la conjonctivite granuleuse (*Rev. de th. méd. chir.*, 1865).

Leçons professées au bureau central.

159. — Nouveau traitement de l'anthrax (*Rev. de thérap. méd. chir.*, 1866).

Il s'agit ici du traitement de l'anthrax par la simple application d'une ventouse à pompe sur la tumeur, afin de dégorger les tissus. Ce moyen employé chez six malades dont les observations sont consignées, a parfaitement réussi.

160. — Observation d'adénome parotidien volumineux ; ablation ; guérison (*Gaz. des hôpit.*, 1866).

161. — The Cyclopædia of practical surgery (t. IV, p. 521 à 551, 1861).

Article *kyste en général*, dans lequel j'ai présenté une classification complète de cette classe de tumeurs. J'ai étudié la physiologie pathologique avec beaucoup de développements. Le diagnostic et le traitement sont aussi le sujet de longs détails.

Articles. — Kyste du cou, — hygroma, — kystes synoviaux tendineux, — kystes folliculaires ou ganglions, — kystes de la région poplitée, — kystes de la glande vulvo-vaginale, — kystes du vagin.

162. — Traité pratique des maladies des yeux, par Warthon Jones; traduit de l'anglais avec des additions et des notes, par M. Foucher (1866).

Le livre de Warthon Jones, malgré sa valeur intrinsèque, avait besoin d'être complété en ce qui concerne les acquisitions nouvelles de la science en ophthalmologie; c'est pourquoi j'ai dû consacrer des articles assez étendus et des notes à faire ressortir les points relatifs au diagnostic des diverses maladies du fond de l'œil, et à faire connaître des moyens thérapeutiques ou des procédés opératoires qui ont, aux yeux des chirurgiens, une valeur incontestable. Ces additions et ces notes ne comprennent pas moins de 250 pages qui, nous le croyons du moins, complètent assez le livre pour lui donner un véritable caractère d'originalité.

Les principaux articles dont je suis auteur portent les titres suivants :

De l'ophthalmoscope et de son mode d'emploi — De l'exploration du champ visuel. — Des phosphènes. — Examen catoptrique de l'œil, — État de la pupille. — Aspect du fond de l'œil à l'état normal. — De l'occlusion palpébrale. — De la compression de l'œil. — De l'emploi de la glycérine dans le traitement des ophthalmies. — De la classification des maladies de l'œil. — Des granulations palpébrales et de leur traitement. — Physiologie pathologique des kératites. — Des lésions inflammatoires de la rétine et de la choroïde visibles à l'ophthalmoscope. — Nature et traitement des ophthalmies purulentes. — De l'ophthalmie pseudo-membraneuse ou diphthéritique. — De la sclérotite. — Des choroïdites congestive, exsudative, atrophique. — Des rétinites congestive, exsudative, pigmentaire. — Traitement des ulcères et des opacités de la cornée. — Traitement de la cornée conique. — Du décollement de la rétine. — De l'apoplexie de la rétine et de la choroïde. — Des tumeurs bénignes du fond de l'œil. — Classification anatomique et anatomie pathologique des cataractes. — De la cataracte noire. — Étiologie de la cataracte. — Cataracte traumatique. — Cataracte diabétique. — Diagnostic des cataractes et de leurs complications. — Variétés de la cataracte. — Du traitement médical des cataractes. — Extraction linéaire.—Discision de la cataracte. —De l'accommodation de l'œil.— Des verres de lunettes. — De la myopie. — De l'hypernutropie. — De l'héméralopie. —Signes ophthalmoscopiques et variétés de l'amaurose.— Diagnostic des affections amaurotiques.— Du glaucome. — Remarques sur les variétés du strabisme et sur les modifications de l'opération du strabisme. — Diagnostic et traitement des paralysies des muscles de l'œil. - Traitement de la fistule lacrymale. — Toutes les indications bibliographiques.

J'ai lieu de croire que ces additions ont contribué au succès de l'édition française du livre de Warthon-Jones.

« Ces additions importantes et conçues dans un esprit tout à fait scientifique, « complètent heureusement cet ouvrage, qui devient ainsi un de nos manuels « les plus estimés sur les maladies des yeux (Follin, *Arch. méd.*, 1862, p. 509).

« L'ouvrage de MM. Warthon-Jones et Foucher n'est pas un simple manuel, « c'est un excellent traité des maladies des yeux, propre à être mis entre les « mains des praticiens, aussi bien que des élèves. Nous n'en saurions faire un « meilleur éloge, et nous le faisons sans réserve (Warlomont, *Ann. d'ocul.*, tome XLIX, p 280). »

163. — Traité du diagnostic des maladies chirurgicales (1866); 2 volumes ; 1re partie parue.

Cet ouvrage contient non-seulement la description des signes qui font reconnaître les maladies chirurgicales, mais encore l'indication des manœuvres qu'il faut employer pour constater ces signes. Sans doute les questions du diagnostic sont abordées dans les traités de pathologie externe et dans les recueils de clinique chirurgicale, mais j'ai voulu indiquer comment toutes les circonstances d'étiologie, de symptômes, de marche de traitement, pouvant se transformer en signes, devaient être recherchées et analysées avec soin.

Je n'ai été précédé dans cette manière d'exposer les faits par aucun des auteurs qui ont écrit sur la chirurgie et il m'a fallu créer un ordre qui permît que tous les éléments du diagnostic fussent exposés et classés autant que possible suivant leurs affinités cliniques. L'ordre sémiologique qui consiste à étudier chaque signe en lui-même et à grouper autour de cette étude l'indication de toutes les maladies qui s'y rattachent, est celui qui s'offre tout d'abord à l'esprit; mais, en procédant ainsi, on se trouve exposé à des redites et à des empiétements continuels dans le domaine de la clinique interne. Toutefois, je n'ai pas sacrifié complétement cet ordre. L'ordre anatomo-pathologique serait plus défectueux. en ce sens qu'il conduirait à étudier ensemble des maladies qui cliniquement n'ont pas la moindre analogie. — L'ordre topographique est celui qui nous place le mieux dans les conditions de la clinique chirurgicale, parce que c'est la considération de la région qui s'impose tout d'abord à l'esprit comme devant rappeler la nature des maladies qui peuvent y avoir pris naissance et les investigations auxquelles on doit se livrer pour les y découvrir. Cet ordre a donc ici le premier rang. J'ai adopté une forme dogmatique et synthétique qui m'a permis de présenter le tableau des caractères des maladies chirurgicales, en tant que celles-ci se manifestent avec leurs signes habituels. La connaissance de la lésion locale a une grande importance en chirurgie ; mais elle ne saurait suffire pour établir un diagnostic complet ; il faut absolument que le chirurgien puisse étudier la disposition actuelle de l'organisme, qu'il sache explorer les divers organes, de manière à trouver les complications, les maladies concomitantes et à en expliquer les causes, les symptômes, la marche et les influences, c'est dire qu'on ne doit pas aborder l'étude de la clinique chirurgicale sans la connaissance des faits de la pathologie générale et de la pathologie interne.

C'est pour cela que, dans le premier chapitre, sous le titre : *Éléments du diagnostic en chirurgie*, je me suis appliqué à indiquer les circonstances commémoratives,

les symptômes fonctionnels ou subjectifs, les symptômes sensibles ou objectifs, qui peuvent se transformer en signes.

Cette étude, que je considère comme une introduction nécessaire aux recherches du diagnostic, peut être considérée comme renfermant le cadre de la sémiotique chirurgicale. Il m'a fallu créer complétement ce chapitre en en puisant les éléments dans mes propres observations et dans la lecture des auteurs. — Mais il ne suffit pas de connaître les signes, il faut savoir les constater, aussi ai-je, dans mon deuxième chapitre, décrit minutieusement les manœuvres du diagnostic, en indiquant les notions que chacune d'elles pouvait fournir dans chaque région. — J'ai pu dès lors aborder dans une première partie, le diagnostic de grandes classes de lésions chirurgicales, c'est-à-dire des plaies, des fractures, des luxations, et plus tard, des inflammations et des tumeurs ; la deuxième partie devra renfermer l'histoire des maladies chirurgicales de chaque région, envisagées au point de vue du diagnostic.

Le vrai clinicien se distingue plutôt par l'habileté qu'il montre à constater les divers signes et à les interpréter, que par la connaissance même de ces signes. Aussi ai-je toujours eu soin d'insister dans chaque cas sur les manœuvres qu'il faut employer pour reconnaître tel ou tel signe, c'est en ce sens surtout que mon ouvrage aura un caractère de nouveauté et d'originalité.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.